In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful












# PLACENTA PRÆVIA

## I. INTRODUCTION :

- Cause importante d'hémorragie du $3^{ème}$ trimestre
- C'est une urgence obstétricale avec risque de mortalité et de morbidité maternelle et fœtale importante selon l'importance du saignement.
- Les complications néonatales sont dominées par la prématurité, les détresses respiratoires, les retards de croissances et les malformations.

## II- DEFINITION :

- C'est l'implantation basse du placenta, en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.
- Représente moins de1% des grossesses

## III- EPIDEMIOLOGIE :

Représente :

- 5% des hémorragies du 1ér trimestre.
- 5% des placentas prævia sont symptomatique.
- L'incidence est en augmentation avec :
  - Augmentation du nombre de césarienne et l'augmentation de l'âge de la mère
- Taux de mortalité néonatale est 3à 4 > aux grossesses normales.

## IV- FACTEURS DE RISQUES :

- Multiparité.
- Antécédents d'avortement et de curetage.
- Antécédents d'interruption volontaire de grossesse
- Cicatrices utérines :
  - → Myomectomie
  - → Césarienne
  - → Cure de synéchie
  - → Séquelle d'endométrite
- Malformations utérines
- Fibromes sous muqueux
- Grossesses multiples.
- Age maternel avancés
- Tabac
- Facteurs héréditaires inconnus

## V- PHYSIOPATHOLOGIE :

- Le saignement est dû à l'ouverture du sinus veineux de la caduque lors du décollement placentaire.
- Le mécanisme est double :
  - Tiraillement des membranes inextensible sous l'action des contractions → décollement d'une languette placentaire (variétés périphériques)
  - Glissement du segment inférieur sous la surface placentaire lors de sa formation puis lors de la dilatation cervicale ( variétés recouvrante)
- L'origine du saignement est double :
  - Maternelle ++++++ : si importante → pronostic maternel mis en jeux.
  - Fœtale : → anémie fœtale → RCIU.

    →Iso immunisation rhésus

# VI- CLASSIFICATION :

**ANATOMIQUE** : pendant la grossesse :

- *Placenta prævia latéral* : le bord placentaire est à distance de l'orifice cervical interne.
- *Placenta prævia marginal* : le bord placentaire affleure l'orifice cervical interne.
- *Placenta prævia partiel* : le bord placentaire recouvre partiellement l'orifice cervical interne.
- *Placenta prævia* central: le bord placentaire recouvre en totalité l'orifice cervical interne.

**CLINIQUE** : pendant le travail :

- *Variété non recouvrante* : le bord placentaire ne déborde pas sur l'orifice cervical interne.
- *Variété recouvrante* : le placenta recouvre en partie ou en totalité l'orifice cervical interne et par conséquent l'aire de dilatation.

# VI-DIAGNOSTIC :

## Pendant la grossesse au cours du 3ème trimestre :

- ***INTERROGATOIRE :***
  - Préciser le groupage ++++ risque d'incompatibilité rhésus
  - Rechercher antécédent de trouble de la crasse, pathologie cervicale.
  - Antécédent de saignement durant la grossesse
  - Rechercher les facteurs de risque
- ***SIGNES FONCTIONNELS :***
  - Saignement spontanés, souvent au repos, rouge **indolores** répétés
- ***SIGNES GENERAUX :***
  - Pâleur cutanéo-muqueuse
  - Prise de la TA qui est normale ou basse en cas de choc hémorragique.

- ***SIGNES PHYSIQUE :***
  - **Utérus relâché+++++ sans contracture.**
  - Présentation souvent anormale (transversale ou siège).
  - Présentation haute mal accommodée .
  - BCF présents.
  - **Le toucher vaginal : ne doit être fait qu'après avoir éliminé une variété centrale par l'échographie car il peut déclencher une hémorragie importante.**
  - Il retrouve :
    - col dévié.
    - Segment inférieur mal amplié
    - Sensation de matelas ou d'éponge

- ***ECHOGRAPHIE :***
  - Confirme le diagnostic et précise la variété

- ***ERCF :***
  - Apprécie le bien être fœtal.

- ***BIOLOGIE :***
  - Groupage, rhésus
  - FNS
  - bilan de coagulation

- ***ÉVOLUTION*** : la patiente risque :
  - Une aggravation de l'hémorragie.
  - Une rupture prématurée des membranes.
  - Un accouchement prématuré

## Pendant le travail :

- ***SIGNES FONCTIONNELS :***
  - Hémorragie : sang rouge, fluide, provoqué par les contractions utérines.
- ***SIGNES GENERAUX*** :
  - proportionnels à l'importance de l'hémorragie.
- ***SIGNES PHYSIQUES :***
  - Présentation souvent anormale, haute.
  - Bon relâchement utérin entre les contractions utérines.
  - BCF présents
  - TV : fait après l'échographie, en cas de variété non recouvrante, il doit être prudent et apprécie :
    - La dilation cervicale.
    - La présentation.
    - Poche des eaux.
    - Le bord placentaire au voisinage de l'orifice cervical dans les Variétés non recouvrante.
- ***L'ECHOGRAPHIE :***
  - Confirme le diagnostic et précise la variété.
- ***ERCF :***
  - Elimine une souffrance fœtale

## Pendant la délivrance :

- Le diagnostic de placenta prævia peut être fait rétrospectivement si le petit côté des membranes à l'examen du délivre est < 10 cm.
- Le risque d'hémorragie de la délivrance est plus important.

## VIII/- DIAGNOSTIC POSITIF : Repose sur :

**La clinique** avec :

- Les caractères de l'hémorragie (spontanée , indolore)
- La triade : utérus souple fœtus vivant, présentation haute

**L'échographie** qui confirme le diagnostic et précise la variété.

## IX/-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

**Pendant le 3ème trimestre de la grossesse :**

- Hématome rétro placentaire
- Rupture utérine.

**Pendant le travail :**

- Hématome rétro placentaire.
- Rupture utérine.
- Hémorragie de BENKISER (rupture d'un vaisseau prævia du cordon)

## IX/- PRONOSTIC :

**Maternel :** dépend de :

- L'importance de l'hémorragie avec risque d'un état de choc voir mort maternel
- L'infection avec risque d'endométrite et de septicémie
- Accidents thrombo- emboliques.

**Pronostic fœtal :** la mortalité reste importante et dépend de :

- L'importance de la prématurité
- L'importance de l'hémorragie maternelle
- L'importance du RCIU

## X/- TRAITEMENT :

**But :**

- Compenser les pertes sanguines
- Arrêter l'hémorragie

**Au 3ème trimestre avant 36 semaines**

***LE TRAITEMENT EST CONSERVATEUR***

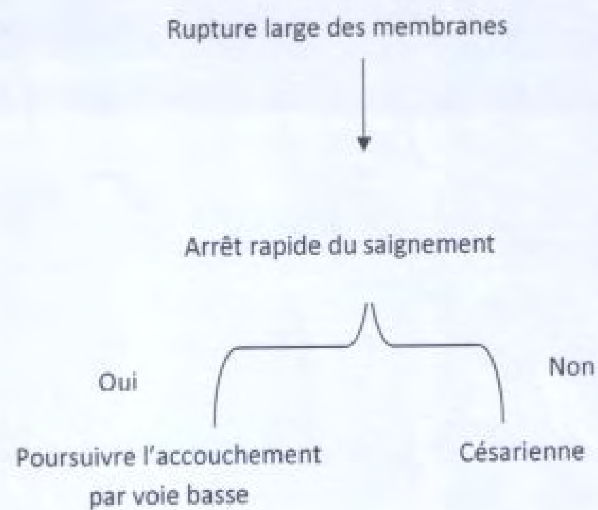
- Repos strict au lit.
- Compensation des pertes sanguines
  - Transfusion si anémie sévère
  - Traitement martial
- Abstention de tout examen obstétrical
- Traitement tocolytique par bêtamimétiques en l'absence de contrindication et après correction de l'anémie
- Injection de gammaglobulines anti-D en cas de rhésus négatif
- Surveillance maternelle :
  - L'abondance du saignement
  - L'état hémodynamique
  - Numération sanguine régulière
- Surveillance fœtale :
  - Mouvements fœtaux
  - Bruits cardiaques fœtaux
  - ERCF (monitoring fœtal)
  - Surveillance de la croissance fœtale par l'échographie

***UNE CESARIENNE PEUT ETRE INDIQUEE EN URGENCE ENCAS :***

- Hémorragie grave
- Souffrance fœtal aigue
- Rupture prématuré des membranes
- Hémorragie fœtale détectée au test de Kleihauer.

**Pendant le travail :**

- 1er geste : réanimation : transfusion, oxygénothérapie.
- Monitorage permanent du rythme cardiaque fœtal
- Césarienne en urgence si :
  - Placenta prævia recouvrant
  - Souffrance fœtale aigue
  - Présentation anormale
  - Hémorragie importante
- Voie basse acceptée : en cas de
  - Présentation céphalique centrée
  - Placenta non, recouvrant
  - Rythme cardiaque fœtal normal



## La délivrance :

- Dirigée le plus souvent voir artificielle afin d'éviter les l'hémorragie
- Maintien de l'ocytocine après la délivrance pour prévenir l'hémorragie

## Les suites de couches :

- La correction de l'anémie
- Gamma globuline anti D en cas d'incompatibilité rhésus
- Antibiothérapie préventive